

Santé, Santé Publique, Prévention, Education, Promotion de la santé :

Essai de définitions.

Il faut être modeste et prudent pour aborder ces notions devant une assemblée qui en fait son pain quotidien. Mais il est de ces définitions dont l'unanimité affichée cache mal de graves disparités d'interprétation. Plutôt que de donner des définitions, connues de tous, je vais tenter de préciser les limites de ces notions : ce qui n'en est pas, ce qui devrait en être, voire proposer de corriger des approximations ou certains abus de langage...

Je passerai à ce crible les notions de *santé*, de *santé publique*, de *prévention*, d'*éducation* et de *promotion de la santé*. J'assume une certaine provocation. Elle permet d'ouvrir le débat.

La santé

La santé ne se limite pas au soin ! Ceci doit être rappelé dans une société où les deux mots sont souvent utilisés l'un pour l'autre, preuve, s'il en était besoin, de la prééminence absolue de la notion de soin dans le domaine... de la santé !

Car le Ministère de la *santé*, le système de *santé*, les dépenses de *santé* ou les professionnels de *santé* désignent un ministère, un système, des dépenses et des professionnels du *soin*. La conception thérapeutique domine tellement qu'elle finit par être exclusive, exclusivité acceptée par tous, considérée comme allant de soi. Il devient impossible de parler d'autre chose que du soin dans le domaine de la santé. Trivialement, il devient très difficile de solliciter dans notre champ une subvention pour une action qui ne relève pas du soin. On peut glisser le dépistage, en arguant du fait qu'il permet un soin précoce. Quant à la prévention, elle ne peut être conçue que comme du soin très précoce, délivré avant même l'apparition de signes cliniques... : dans ces deux exemples il n'est pas question de changer de mode de pensée. Le soin, le soin seul. Rien en dehors de lui !

Cette conception du soin omniprésent débouche sur une représentation de la maladie réduite à son strict minimum bio-médical : elle résulte de la rencontre d'un sujet et d'un agent pathogène, ce qui déclenche une affection ; le traitement va la guérir ou au moins en réduire l'impact. Il faut prendre en charge ce sujet, lui faire suivre prescriptions et ordonnances. Il subit tout, patient, passif et reconnaissant. Heureux d'avoir obéi, pour aboutir à ce résultat. Dans cette représentation, la santé n'a même pas sa place et Péquignot, grand Patron parisien des années cinquante allait jusqu'à affirmer que c'était une notion vide ! (1) Il y a la non maladie, qui ne mérite pas qu'on s'y intéresse, et la maladie, qui déclenche le traitement. Rien d'autre

L'OMS précise bien que la santé n'est pas *que* l'absence de maladie mais qu'elle est *un état de complet bien être*... elle n'a pas osé aller plus loin ! Sa définition est pourtant bien statique ! Récemment la Conférence Nationale de Santé l'a définie comme la deuxième *cause d'inquiétude* des Français (2) : incapables de concevoir la santé positive, cette fois-ci le mot santé sous-entend un *problème de santé* !

Pourtant la santé est bien plus que ça, bien mieux que ça ! Elle est un mode de vie, un comportement (dans un environnement favorable, mais nous y reviendrons). Elle rassemble tout ce qui permet d'entretenir, de maintenir ou de récupérer le meilleur état de santé possible.

Je vous propose de réfléchir à la proposition de définition suivante : la santé est la capacité de guérir quand on est malade et de le rester quand on est en bonne santé.

La santé publique

A propos d'elle, on en entend et on en lit de vertes ! «C'est un problème majeur de santé publique !» Combien de fois a-t-on entendu cette affirmation, à propos d'un cancer, des troubles musculo-squelettiques, du sida, de la tuberculose, de l'insomnie, de la migraine ou de la dépression... À la réflexion cette définition signifierait que cette affection coûte chère, ou qu'elle est émergente, résistante au traitement, persistante, voire méconnue... qu'elle touche une population énorme ou au contraire que son caractère confidentiel explique le désintérêt général, qui crée le fameux problème... !

Disons que l'on considère qu'il s'agit d'un important problème de santé, tout court. Mais on peut aussi vouloir parler de la santé du public... ou opposer le système de soin privé à celui géré par l'Etat ! Et ce n'est pas tout : chacun «sait» qu'un médecin de santé publique est celui qui est en charge de l'administration... du soin ! Le beau livre de H. Monod, datant de 1904 et intitulé *Santé Publique* est sous titré *Législation sanitaire de la France* ! (3). J'ai été pendant vingt cinq ans responsable d'un Laboratoire de Santé Publique et ces approximations m'inspirent encore le même mélange de colère et de lassitude.

Car la Santé Publique est autre chose : c'est une conception de la santé qui intègre tous les éléments qui la conditionnent : génétiques, géographiques, économiques, politiques, sociaux, philosophiques ou culturels. On est à 180° de la conception classique, réduite au seul aspect bio-médical évoqué plus haut. On comprend aussi pourquoi il est si difficile de se faire entendre par des gens dont la religion est faite et qui constituent une majorité écrasante... L'approche de santé publique d'un problème de santé ne néglige ni l'aspect clinique, ni la prise en charge thérapeutique, mais elle ne s'y limite pas, loin de là.

Prenons un exemple. Une fois l'accident cardio-vasculaire pris en charge, le suivi institué, on doit s'interroger : pourquoi deux fois plus de tels accidents dans le Pas-de-Calais que dans la Haute-Garonne, comptabilisés selon les mêmes procédures ? Dans le même pays, où est l'explication ? Dans le mode de vie ? La relation au travail : présent ou non, gratifiant ou pas, épuisant ou non ?... Le mode d'habitation : sa présence, son cadre, son coût ?... Les relations familiales : existantes ou pas, positives ou non, essentielles ou non... ? Les relations amicales, sociales : investies ou non ? La bière contre le vin, l'huile d'olive contre le beurre et la crème... ? Le respect ou non des grands équilibres : alimentation, activité physique, rythme veille-sommeil ? Y a-t-il de vieilles cicatrices collectives «oubliées», loin des antécédents médicaux personnels ?... Quel est l'impact du climat politique local ?...

On est à cent lieues de la réduction biomédicale prônée par les tenants du « tout soin ». Et s'il est nécessaire de prendre en compte dans cette vision les problèmes collectifs, il serait stupide de négliger l'approche individuelle, laquelle sera envisagée dans son contexte global. Mais ceci trouble les thérapeutes purs et durs, qui préfèrent réduire la Santé Publique à une spécialité comme une autre, selon eux caractérisée par la seule approche collective, et comme les autres spécialités, scindée en sous-spécialités. Ils en reconnaissent volontiers deux, parce qu'elles les aident dans leur pratique et les rassurent dans leur conception. Celles qui portent sur des faits mesurables, ceux qui se «comptent». Les malades, les cas : c'est *l'épidémiologie*, souvent réduite à leurs yeux à la mesure de leur activité, et abusivement réduite à l'épidémiologie hospitalière. Et celle qui mesure les dépenses

engagées par le soin : *l'économie de la santé*. Quant au reste... tout le reste, tous les autres, qui imposeraient, si on les écoutait, un changement de paradigme... Sociologues, anthropologues, psychologues, philosophes, «préventologues», éducateurs, promoteurs de santé ? Ils n'apportent rien de concret au trio classique agent-sujet-traitement. Quand ils ne sont pas simplement niés, ils sont handicapés par l'absence d'instantanéité des résultats de leur action, la difficulté d'évaluation de leurs actions, qui permettent une scotomisation rassurante : ils sont renvoyés dans les limbes. N'ont pas leur place à l'hôpital, temple du soin d'excellence. Ne disposent pas des budgets de recherche réservés aux gens sérieux. Et les revues dans lesquelles ils publient leurs recherches, confidentielles, n'ont pas «l'impact factor» des revues des «vrais médecins». On leur laisse exercer leur «hobby» dans des associations, pauvres et fragiles, loin des grands circuits financiers.

Pourtant la santé publique se rapproche d'une réflexion sur la santé, porte sur l'ensemble de ses déterminants ; elle est plus proche de l'épistémologie que d'une spécialité médicale. Ceci permet de dire pourquoi la santé, du fait de la diversité de ses déterminants, relève plus d'une approche culturelle que d'une simple analyse biomédicale, laquelle est (un peu) plus adaptée à la maladie.

La prévention

Là encore la sémantique ne joue pas en notre faveur. Un mot tellement polysémique qu'on s'y perd ! Sept significations différentes, de la menace à l'information ! Même la signification protectrice, seule retenue dans le domaine sanitaire (4) n'est pas partagée par tous.

Pour les soignants, elle se limite à la vaccination (qui coupe la relation agent-sujet), et aux règles administratives réduisant les conséquences de la violence routière. Devant toutes les autres actions, que nous allons évoquer, beaucoup d'entre eux ont la morgue ricanante de ce dictateur moustachu qui s'interrogeait : «Le Pape, combien de divisions ?» Et pourtant...

La conception dominante, soutenue par l'OMS, la réduit à du soin précoce, à une prescription de mesures visant à empêcher la survenue d'une affection. Selon son degré de précocité, on en distingue trois modes (5) : *primaire*, avant la maladie, pour empêcher sa survenue. Puis *secondaire*, quand on ne peut empêcher la maladie mais qu'on souhaite en réduire l'impact, en intervenant très tôt. Et enfin *tertiaire*, encore plus tardive, quand on doit se contenter de réduire les conséquences d'une maladie qu'on n'a pas su ou pas pu éviter.

Deux caractéristiques de cette représentation : elle est centrée sur la maladie ; mais surtout elle se limite à des mesures, à des prescriptions. Ceci est en parfaite adéquation avec la conception thérapeutique de la « santé-soin » ! Mais cette prévention délivrée est efficace, ce qui explique la pérennité de cette conception.

Les deux exemples ci-dessus sont édifiants : la vaccination, prévention suprême, a permis l'éradication de la variole dans le monde, de la poliomyélite dans le monde occidental. Et les prescriptions autoritaires pour réduire les effets de la violence routière, associées à une répression accrue, ont eu des effets admirables.

Qu'elle soit centrée sur la maladie ne choque pas grand monde. Mais si elle était parfaitement adaptée aux affections brèves qui dominaient il y a un demi-siècle, elle n'est pas adaptée aux pathologies chroniques, majoritaires aujourd'hui. Celles-ci sont d'origine multifactorielle, et séquentielles dans leur évolution. Une répartition populationnelle serait

bien mieux adaptée. Elle a été proposée en 1983 par RS Gordon (5), sans rencontrer le succès mérité, tant l'autorité de l'OMS est puissante. Pourtant la prévention *universelle*, destinée à tous, *spécifique ou orientée*, dirigée vers des sous-groupes de population en fonction de leurs risques spécifiques, et enfin *ciblée ou indiquée*, en présence de facteurs de risques repérés, cadrent mieux avec ces modalités évolutives. Elle a été reprise en 1994 par l'Institut of Médecine (IOM) en raison de son adéquation à des situations moins linéairement médicales (6) et encore en 1997 par le NIDA (7). Mais tous conservaient la conception interventionnelle d'une prévention prescrite. En 2000 l'inadéquation de la classification de l'OMS, toujours maintenue, était encore constatée (8)...

Puisque cette classification n'est pas encore adoptée, profitons de ce délai pour y ajouter une modification, et la rendre, peut être, enfin opératoire. La prévention *ciblée* serait destinée aux personnes malades, et deviendrait *l'éducation thérapeutique*.

Ce qui donnerait : *l'éducation pour la santé*, en lieu et place de la prévention universelle, *la prévention des maladies* au lieu de la prévention orientée, et *l'éducation thérapeutique* destinée, elle, aux patients. Cette conception a deux avantages majeurs. Elle permet enfin *d'intégrer* la prévention dans la prise en charge sanitaire d'un sujet ou d'une population, au même niveau que le soin.

Mais surtout elle permet de souligner *la part du sujet* dans la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau. Si on veut une prévention efficace des dépendances, de l'obésité, du suicide...on ne peut l'envisager sans la participation active du sujet ou de la population ! Sans qu'il ou elle s'approprie ce problème ! L'efficacité de la prévention dans ces champs impose qu'on accepte cette modification conceptuelle.

L'éducation pour la santé

Avant de préciser ce qu'on entend par là, et pour mieux cerner cette notion, il faut s'interroger sur la motivation des éducateurs : pourquoi éduquer pour la santé ? Car il y a deux réponses, deux types « d'éducateurs » très différents, et qui n'attendent pas la même chose de cette éducation.

Ceux, les plus nombreux, qui pensent que le sujet ne sait rien et qu'il faut lui apprendre à collaborer avec ceux qui savent, les soignants prescripteurs. Ils prônent et réalisent un apprentissage de gestes, lesquels deviennent réalisables par le patient, même en l'absence de soignants.

Ceux au contraire, encore minoritaires mais en forte expansion, qui croient que chacun est capable de participer à la gestion de sa santé, quel qu'en soit le niveau. Pour eux l'éducation doit donner à chacun la conscience de cette potentialité, et lui apprendre à la gérer, au mieux de son intérêt. Ils admettent que chacun sera seul à prendre les décisions le concernant. Ils se veulent éducateurs et conseillers.

Deux positions aussi tranchées pourraient donner l'occasion d'un beau débat. Celui-ci est rendu impossible par l'existence d'une grande majorité de soignants, exclusivement thérapeutes et prescripteurs, totalement hermétiques à la notion d'éducation, à laquelle ils opposent une sourde mais lourde indifférence. L'éducation est cependant une notion trop morale pour qu'ils s'y opposent franchement, il leur suffit donc d'esquiver toute discussion et de se rabattre sur le « minimum syndical » ; des propos de patronage (lavez-vous les

mains), des apprentissages simples (prenez votre TA, mesurez votre glycémie capillaire...) qui ont comme seul objectif que le soin soit délivré, même en l'absence du thérapeute !

Or l'éducation pour la santé, comme l'éducation générale, est avant tout une démarche d'accompagnement qui a comme objectifs de faire grandir le sujet de l'éducation, d'accroître son autonomie, de l'amener à développer des compétences lui permettant de mieux prendre en charge sa propre santé, de faire des choix plus favorables à sa santé comme à celle des autres.

Et dans ce domaine le sujet possède des pouvoirs dont il peut faire usage, si on lui fait prendre conscience de leur existence et de leur efficacité. La preuve de cette puissance peut être apportée par le rapprochement de cinq faits, très disparates mais tirant leur intérêt de leur rapprochement : l'effet placebo, l'homéopathie, l'automédication, le syndrome de glissement et les miracles. Il faut beaucoup de mauvais esprit pour les rapprocher. Mais ils ont tous les cinq la même explication. Chaque patient, chaque sujet -car cette caractéristique n'apparaît pas avec la maladie- possède une capacité d'auto-thérapie, qui ne demande qu'à être mobilisée.

L'effet placebo fait le malheur des pharmacologues, qui déploient des efforts énormes pour s'en débarrasser tant il rend impossible, par sa puissance, la comparaison des effets des seules molécules A et B, ceci dans *tous* les champs thérapeutiques. Mais, si puissant soit-il, personne et surtout pas un thérapeute ne s'y intéresse en dehors des pharmacologues...

L'homéopathie est une autre preuve du même phénomène : sauf à penser que les lois de la physique s'appliquent à l'ensemble de l'univers sauf à elle, il n'y a rien dedans, il ne peut rien y avoir. Et pourtant ça marche ! Certes pas partout. Mais il n'existe pas non plus de panacée universelle. Et si ça montre les limites de l'auto-thérapie, cela en démontre d'abord l'existence.

L'auto-médication relève d'un autre champ. Mal vue par les thérapeutes qui craignent, à juste titre, un mésusage des médicaments, elle n'est guère étudiée que par les économistes, en raison de la modalité de distribution des médicaments en cause : en vente libre, OTC (« over the counter »). Que ses adeptes se portent mieux que le reste de la population n'intéresse pas grand monde, pourtant ça bouge (7).

Dans un registre plus grave, tout médecin garde le souvenir de ce patient, atteint de troubles métaboliques graves, qu'on a fini par corriger ; il est en train de guérir, et il « lâche » ! On peut tout faire, s'il ne veut plus accomplir sa part du travail, tous nos efforts seront vains ! Dans notre jargon nous appelons ça le syndrome de glissement. Il est toujours mortel.

Je voudrais terminer par les miracles : à savoir une guérison, contrôlée par un panel de spécialistes, et que ne peut expliquer l'état de la science. Il est la rencontre d'une foi et d'un charisme. Le mécréant que je suis préfère chercher dans l'homme l'explication de l'évolution favorable, mais je ne veux choquer personne.

On voit, par ces cinq faits, quelle puissance potentielle réside en chacun de nous. On peut faire deux reproches à notre société : ne pas en tenir compte, gaspiller un allié de ce poids. Et aussi abandonner cette puissance cachée à des mâchoirons sans scrupules.

La promotion de la santé

La promotion de la santé, et ses cinq axes d'intervention (8), permet de répondre aux enjeux de la mobilisation de cette "puissance potentielle", de ce pouvoir dont chacun dispose sur sa propre santé (et celle des autres). En s'appuyant sur les ressources des individus et des groupes, en favorisant les stratégies d'empowerment (9), la participation communautaire, l'action sur les déterminants de la santé, la promotion de la santé a pour but l'amélioration de la santé de tous.

Elle rassemble en outre l'ensemble des mesures, prises par les autorités, qui sont favorables à la santé. La notion d'éducation souligne le rôle de la population dans la gestion de sa santé. À côté de cette responsabilité, il y a celle, au moins aussi importante, de la collectivité. Il ne servirait pas à grand-chose à un individu ou à un groupe, d'être parfaitement éduqué, conscient des moyens dont il dispose pour gérer sa santé, s'il ne disposait pas de l'environnement favorable pour exercer ses responsabilités.

On discute dans notre milieu de la primauté de la responsabilité individuelle et collective. Ma formation médicale m'a confronté à l'importance de l'éducation thérapeutique, dans laquelle la responsabilisation croissante du patient, son appropriation de la gestion de sa santé, de sa maladie et de son traitement, mettent sa responsabilisation au premier plan. En outre on peut parier qu'un sujet, ou un groupe, bien éduqué, exigera de la collectivité un effort, symétrique du sien, dans l'intérêt de la santé de tous. Mais le débat est ouvert. Pour qu'il se déroule dans les meilleures conditions, il importait que l'on s'accorde sur les définitions précises des notions que l'on aborde. J'espère y avoir contribué.

Je remercie C. Ferron de sa lecture et de ses corrections, qui enrichissent ce texte.

Bibliographie

- 1- Péquignot H Santé Encyclopédia Universalis 20 : 577-583 Paris 1987
- 2- Avis de la Conférence Nationale de santé 2007
- 3- Monod H. La santé Publique Législation sanitaire de la France Hachette Paris 1904
- 4- San Marco JL Définitions Traité de Prévention 3-8 Masson Paris 2009
- 5- Commission on chronic illness in the United States 1 Commonwealth Fund
Harvard University Press Cambridge Mass 1957
- 6- Gordon RS An operational classification of disease prevention Public Health Report;
98 : 107-109 1983
- 7- Mrazek P, Haggerty R Reducing the risks for mental disorders Frontiers for
prevention intervention IOM National Acad Press Washington DC 1994
- 8- Drug abuse prevention : What works ? National Institute of Drug Abuse 10-15 1997
- 9- Froom P, Benbassat J Inconstancies in the classification of prévenive interventions
Preventive Medicine 31 (2) 153-8 2000

10- Le Vidal de l'Automédication 2004

11- Ferron Ch Promotion de la santé in Agences régionales de santé F. Bourdillon ed
INPES 2009

12- Ferron Ch Journée FNES SFSP 14 décembre 2010 site de la FNES et de la SFSP